

El aborto en la reproducción asistida.

Lima, Natacha Salomé, ORMART , ELIZABETH BEATRIZ y Romero, Guadalupe.

Cita:

Lima, Natacha Salomé, ORMART , ELIZABETH BEATRIZ y Romero, Guadalupe (2019). *El aborto en la reproducción asistida. IX Congreso Iberoamericano de Estudios de género. Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/elizabeth.ormart/200>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/p70c/8hn>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.



XIV JORNADAS
NACIONALES
DE HISTORIA
DE LAS MUJERES.

Intersecciones:
feminismos, teorías
y debates políticos.

-
IX CONGRESO
IBEROAMERICANO
DE ESTUDIOS
DE GÉNERO.

29 de julio
-
1 de agosto
-
2019

Mar del Plata
-
Bs.As.
-
Argentina



El aborto en la reproducción asistida

Natacha Salomé Lima¹
Elizabeth Beatriz Ormart²
Guadalupe Romero³

Marcar con una cruz la opción que corresponde

Publicar en actas digitales	X
No publicar en actas digitales	

Resumen

En este escrito proponemos explorar la problemática del aborto en el contexto de las tecnologías reproductivas a partir de tres ejes: 1) la vertiente ético-jurídica desde las contingencias de la legislación civil y su interpretación dinámica; 2) los distintos escenarios y las controversias que plantea el diagnóstico prenatal y las disposiciones de los embriones criopreservados; y 3) los mandatos y condicionamientos del paradigma de la mujer = madre (Fernández, 1993) que dificultan el acceso de las mujeres al pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Introducción

Durante el 2018 la Ciudad de Buenos Aires fue el epicentro de un intenso debate sobre la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo. En este escrito nos proponemos explorar algunas de las tensiones que se producen cuando el aborto se presenta en escenarios distintos a aquellos que se han constituido desde el imaginario social, donde la diferencia de

¹ Facultad de Psicología UBA – CONICET email: lima.natacha@hotmail.com

² Facultad de Psicología UBA – Universidad de la Matanza email: eormart@gmail.com

³ Facultad de Psicología UBA email: guada.romero91@hotmail.com

circunstancias en las que se circunscribe instaura un *doble estándar* (Luna, 2016) para su tratamiento. ¿En qué se diferencia la interrupción de un embarazo no deseado, de la interrupción de un embarazo en el contexto de la reproducción asistida? Mientras que se moraliza el proceder de las mujeres que eligen por una u otra razón interrumpir su embarazo, cuando esta práctica ocurre en el contexto de las tecnologías reproductivas, la situación se medicaliza y de cierta forma se positiviza.

Las leyes que regulan el aborto y las condiciones para realizarlo varían en los distintos contextos sociales; algunas sociedades fueron incorporando normativas más permisivas sobre el aborto que van desde considerarlo legal bajo cualquier circunstancia dentro de plazos establecidos, estipular determinadas condiciones para su realización -como por ejemplo cuando existe un riesgo para la vida de la mujer embarazada-, hasta la ilegalidad sin excepciones.

El tratamiento social y normativo de la problemática del aborto es un reflejo del desarrollo social sobre el tema. En Argentina, la regulación del aborto se establece en el código penal vigente que data de 1921. El Código anterior de 1887 sancionaba la práctica de interrupción del embarazo en todos los casos, castigando el acto con la pena de prisión. La incorporación de causales para la interrupción del embarazo, en aquel momento, fueron vistas como un progreso para la *libertad reproductiva* de las mujeres, sin embargo el concepto de *salud* al que se hacía referencia era al de la *mujer incapaz*. Luego de más de 100 años, es necesario pensar a la salud de un modo integral, incluyendo las condiciones psicofísicas y sociales determinadas por el contexto socio-económico, político y moral vigente. El concepto de *salud integral* es más abarcativo que la idea de salud que se tenía en 1921. Hoy incluimos dentro de la salud integral, la salud mental.⁴

Desde los años 70 diferentes colectivos de mujeres han trabajado para visibilizar esta problemática que, luego de muchos años de lucha, tomó forma en la actual Campaña Nacional por el *derecho al aborto legal, seguro y gratuito* (Tarducci, 2018).

En el contexto del debate parlamentario aparecieron una vez más los mismos argumentos que impidieron la reformulación del artículo 19 del CCyC, el cual conserva la antigua fórmula ubicando a la *concepción* como el comienzo de la existencia de la persona humana. Esta formulación presenta varias inconsistencias, la primera es que no especifica qué se entiende por *concepción*, dado que en el caso de las tecnologías reproductivas el plexo normativo vigente permite interpretarlo como sinónimo de *embarazo*, es decir luego de producida la

⁴ Esta es definida por el Decreto Reglamentario 603/2013 52 y 53 que acompaña la Ley de Salud Mental como “*un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.*”

implantación del embrión en el útero. Luego, esta articulación se ha utilizado para equiparar la existencia de la *persona* con la noción de *vida humana*; mientras que la noción de *persona* alude a la regulación de las relaciones civiles y su ejercicio está supeditado al nacimiento con vida, la idea de *vida humana* presenta una materialidad simbólica que no se agota en la regulación normativa y debe ser objeto de un análisis suplementario.

¿Sirve a la problemática del aborto diferenciar entre el embrión implantado del no implantado? Para Luna (2016) “*la solución no consiste en dicotomizar la denominación de embrión sino en dar una acepción coherente del mismo que permita brindar una respuesta a la implementación de estas técnicas y lo que estas técnicas implican*” (p.15).

1. El debate concepción-implantación y la relación con el aborto

El reciente debate sobre el aborto volvió a poner sobre la mesa el antiguo problema acerca del inicio de la vida y las tensiones que se presentan entre discursos que sostienen una postura esencialista y aquellos que defienden la autonomía reproductiva de las mujeres y el derecho a decidir. Algunos académicos han hecho hincapié en las diferencias entre el embrión implantado del no implantado (Herrera & Salituri Amezcua, 2018) en parte para diferenciar la problemática del aborto de aquella que tiene como protagonistas a los embriones criopreservados producto de técnicas de reproducción asistida (TRA); otros (Luna, 2016) han planteado que como el ART. 19 del nuevo Código Civil y Comercial (CCyC, 2016) no se expide claramente, deja de lado las distinciones previas y pone en cuestión varios de los derechos reproductivos adquiridos en las normativas vigentes, por ejemplo aquellos que han regulado la donación o criopreservación de embriones en el contexto de los tratamientos de reproducción.

El debate *concepción-implantación* puede remontarse al fallo del 28 de noviembre de 2012 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) a propósito del caso «Artavia Murillo y otros (Fertilización in vitro) vs. Costa Rica» que sentenció que la prohibición general de practicar la fecundación in vitro "FIV", vigente en Costa Rica desde el año 2000, supone una violación de los derechos humanos y reproductivos de las personas. En consonancia con lo planteado en el artículo 4 *Derecho a la Vida* del capítulo II de los derechos civiles y políticos de la Convención Americana sobre derechos humanos (o Pacto de San José): “*toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente*”. El fallo Artavia Murillo establece en el considerando 264 que de las palabras “en general” es posible concluir que la protección del derecho a la vida con arreglo a dicha disposición no es absoluta, sino gradual e incremental según su desarrollo. Asimismo, la Corte declaró en esa

sentencia que al *no nacido* no se le puede otorgar la misma protección que a las *personas nacidas* (CIDH, 2012).

Tomar como punto de partida este debate permite ubicar una primera diferencia con el ámbito de las tecnologías reproductivas donde la manipulación de gametos y embriones es una práctica frecuente para el desarrollo de la técnica. Revisar la hermenéutica de la concepción en el contexto de la legislatura internacional y de los derechos humanos posibilita una comprensión más acabada acerca del embrión no implantado. Pero diferenciar entre el embrión implantado del no implantado no supone ubicar los fundamentos que debieran guiar la despenalización del aborto:

“...si la regulación civil expresara que la persona humana comienza desde el nacimiento con vida, el debate de la despenalización del aborto en el ámbito penal se vería facilitado en favor de quienes defienden la libertad y autonomía de las mujeres en la decisión sobre su cuerpo. Este debate no fue posible esgrimirlo de este modo sino que solo pudo serlo, de manera frustrada de conformidad con el texto finalmente aprobado, cuando involucraba una técnica de reproducción asistida, pretendiéndose destacar que el embrión no implantado no es persona. Cuando no se diferencia el embrión no implantado del implantado se incurre en una confusión y ello perjudica el estudio serio de la cuestión. [...] ¿Es necesario para abordar la problemática del aborto referirse al embrión no implantado y la imposibilidad de desarrollarse fuera del cuerpo de la mujer? La respuesta negativa se impone. La despenalización del aborto constituye una controversia que involucra derechos humanos de las mujeres, rodeado de argumentos que se bastan por sí mismos sin la necesidad de tener que apelar a cuestiones del campo de la reproducción asistida” (Herrera & Salituri Amezcua, 2018, p.57-58). Cabría entonces una primera distinción entre la problemática del aborto vinculada con los derechos de las mujeres y la problemática del aborto como efecto de los tratamientos de reproducción asistida.

2. Escenarios del aborto en las tecnologías reproductivas

Los efectos de las tecnologías reproductivas han sido asociados con la problemática del aborto desde sus inicios.

Para las personas que recurren a las tecnologías reproductivas, la pérdida o interrupción del embarazo es una contingencia indeseable que puede ocurrir espontáneamente o luego de un diagnóstico prenatal. A medida que las técnicas de cultivo y vitrificación mejoraron, la cantidad de embriones a transferir por ciclo disminuyó notablemente, tomando como criterio clínico la transferencia de un único embrión. Sin embargo puede ocurrir que los progenitores

soliciten la transferencia de más de un embrión. En el pasado los embarazos múltiples eran una consecuencia indeseada de los tratamientos de reproducción asistida. Esta situación puede producir la decisión médica de realizar una *reducción embrionaria* mediante una inyección de cloruro potásico sobre el embrión a abortar entre las semanas 10 y 13. Esta maniobra médica se consideró parte del territorio de avance y perfeccionamiento en los tratamientos de reproducción asistida, y no fue considerada un aborto aunque fácticamente lo sea.

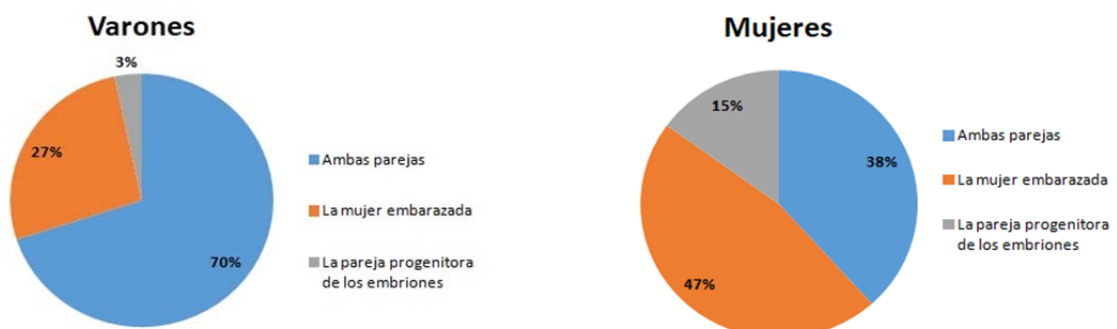
En el contexto de la reproducción asistida existe un porcentaje elevado de pérdidas de embarazos por problemas diversos, aunque se estima que mayormente se trata de problemas cromosómicos en el embrión. La posibilidad de analizar genéticamente el embrión puede – además de contribuir a una mejor selección, no solo por sus características morfológicas– disminuir la cantidad de abortos espontáneos.

Las medidas preventivas como el diagnóstico preimplantatorio o prenatal, presentan la paradoja del qué hacer con los embriones que tienen anomalías cromosómicas, o bien cuando la persona o pareja ha finalizado su proyecto reproductivo pero aún conserva embriones criopreservados; en estos casos puede enfrentarse con un dilema imposible de resolver sin un marco normativo que acompañe las decisiones de pacientes y usuarios de TRHA. El diagnóstico prenatal permite la detección de un creciente número de malformaciones o enfermedades genéticas durante el embarazo. El desarrollo de los test prenatales no invasivos, capaces de detectar anomalías genéticas y cromosómicas en el ADN del feto a partir del análisis de una muestra de sangre de la mujer embarazada, son parte del desarrollo y de la implementación de nuevas tecnologías, las cuales permiten el análisis de trisomías fetales con un alto grado de sensibilidad técnica. El test de ADN fetal en sangre es un estudio que puede realizarse en la semana 11 de gestación o antes. Esta técnica supuso un gran avance para la detección temprana y su utilización se extendió rápidamente a muchos países del mundo. Se diferencia de los métodos anteriores por ser una técnica no invasiva que no aumenta el riesgo de pérdida del embarazo. Claro que este tipo de diagnósticos tiene una justificación si, una vez realizado, existen cursos de acción viables que posibiliten tomar una decisión. En la mayoría de los casos el diagnóstico prenatal confirma la salud del feto y la tranquilidad de los progenitores. Pero cuando no es así, puede constituirse en la información necesaria para interrumpir el embarazo de un feto que presenta una enfermedad incompatible con la vida, o prepararse para su nacimiento. “El 90% de los padres en países occidentales optan por el aborto o la interrupción del embarazo cuando parece que el no nacido tiene una deficiencia o malformación congénita” (Rodríguez Díaz, 2015, p.36).

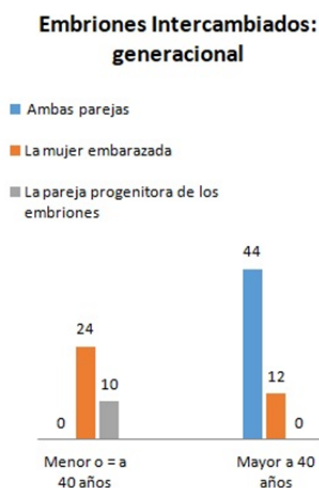
Las controversias del aborto en las técnicas de reproducción asistida fueron también parte de los casos trabajados en el cuadernillo de *Salud Reproductiva* de la UNESCO (2006) por medio de una situación de embriones intercambiados por error; el caso decía: mientras que la mujer embarazada solicitaba la interrupción inmediata del embarazo, la pareja que había aportado sus gametos para crear al embrión solicitaban que se permitiera la oportunidad del implante y si el embarazo prosperaba, el bebé o los bebés pasarán de nuevo a ellos.

En un estudio anterior nos interesó explorar las repuestas frente a esta situación dilemática en una muestra de 135 personas: 90 profesionales de la salud, de los cuáles 77% son médicos (Lima, 2018) y 45 profesionales de la psicología (Lima & Ormart, 2018) a quienes se les preguntó *¿quién le parece que tiene derecho a decidir?* En el caso de los médicos, los resultados fueron analizados según las variables de género y edad (menor o igual a 40 años y mayor a 40 años). Mientras que el 47% de las mujeres contestó que quién debería decidir es “la mujer embarazada”, solo el 27% de los varones eligió esta opción y la gran mayoría de los hombres (70%) contestó que ambas parejas tienen derecho a decidir.

Resultados muestra de profesionales de la salud 77% médicos



Mientras que la mayoría de los *mayores* considera que ambas parejas deberían decidir,



ninguno de los más jóvenes lo considera así.

En la muestra de psicólogos/as (N=45) más de la mitad (56%) considera que debe primar el derecho de la mujer a decidir sobre su cuerpo, a diferencia de unos pocos (9%) que consideran que la decisión debe ser exclusivamente de la pareja progenitora al haber expresado su voluntad procreacional y aportado sus gametos.

Un gran porcentaje de psicólogos/as opina que la mujer tiene derecho a decidir por sobre las otras personas y

derechos involucrados; esta concepción que otorga a la mujer embarazada el derecho a decidir sobre la continuación o interrupción del embarazo permite pensar a la salud de un modo integral, ponderando los aspectos psíquicos como una causa legítima para la interrupción del embarazo. En línea con lo anterior, el protocolo nacional para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo, publicado en el año 2015 por el Ministerio de Salud de la Nación, considera “*el dolor psicológico y el sufrimiento mental asociado con la pérdida de la integridad personal y la autoestima*” como una causal para la interrupción del embarazo (Perrota, 2018).

3. Género y psicoanálisis: ¿deseo o mandato?

La interlocución entre los estudios de género y el psicoanálisis ha generado interesantes contrapuntos, y aunque esa discusión excede ampliamente los propósitos de este escrito, sí nos interesa retomar aquí el planteo freudiano acerca de lo femenino y las coordenadas que ubican a la maternidad como la “salida normal” para la estructuración subjetiva de las mujeres.

Para Freud, la niña realiza una equiparación entre pene y niño. Desde esta lógica, el niño es libidinizado como una parte propia faltante, no como otro. Lacan introduce aquí, la figura de la función paterna como el que pone un límite a la voracidad materna, y le da existencia al niño como otro, diferente al falo materno. Desde la teoría freudiana, la subjetivación femenina culmina en la maternidad. La vigencia de varias de estas conceptualizaciones demuestra cómo la heteronormatividad y el binarismo sostienen los pilares del régimen patriarcal.

Este argumento, por otra parte, consolidó el mito de la mujer = madre. Este ideal cultural, que se sirve de recursos como el de la *naturalidad* del instinto materno, reúne a las mujeres bajo el paradigma de “las idénticas” (Fernández, 1993), les da identidad, cuestionando, marginando a aquellas que se apartan “del camino”. En ese sentido, representa un peligro, representa la posibilidad de una caída. El riesgo refiere a la posibilidad de la pérdida del poder del Uno⁵. En este sentido, “*la interrupción voluntaria del embarazo es contrahegemónica, en tanto desafía la identidad maternal prescripta por el patriarcado como esencial para el género femenino*” (Provera, Peidro & La Tessa, 2018, p.4). El aborto se presenta como un ataque a la esencia de la feminidad.

⁵ El Uno refiere a un modelo de ser humano que se constituye como el único valioso, y donde todo lo que no se le asemeje se constituye como lo otro. Con estas premisas se extiende una lógica binaria, atributiva y jerárquica que permite categorizar la diferencia de los géneros. Dentro de esta lógica, el hombre (con ciertas características) toma el lugar de poder y se convierte en la medida de todas las cosas. Para ampliar ver Fernández, A. (2003) “La bella diferencia”. En *La mujer de la ilusión*, p.27-58.

Freud sostuvo, en varios de sus textos, un ideal regulatorio de lo sexual signado por las coordenadas de la época victoriana de la que es hijo. En varios escritos acerca de lo femenino (Freud, 1969; contacto epistolar con Martha Bernays) sostiene que la mujer debe ocuparse de la casa y del cuidado de los hijos, que ella presenta un superyó deficitario, escaso sentimiento de justicia, intereses sociales más endebles, menos aptitud para la sublimación. La idea de la sexualidad femenina como *continente negro* (Freud, 1926) describe el misterio de la feminidad, de la mujer como tabú y no hace más que visibilizar las dificultades por abordar “lo otro”, lo diferente que consolidó la lógica descrita por Foucault (1966,1984) como binaria de oposición entre el sí mismo y el Otro.

En esta misma línea, Fernández (1993) propone que los discursos sobre la mujer se organizan en torno al mito mujer = madre, que implica que las mujeres nunca estarán completas por fuera de la maternidad. Los mitos son cristalizaciones de significaciones socialmente construidas. Estas significaciones los instituyen como verdades que determinan aquello que se considera valioso al interior de un grupo. De esta manera, al ser referentes consolidados y socialmente instituidos generan un impacto en la subjetividad de los individuos que se sirven de ellos como guías para encauzar la acción y el propio desarrollo.

Según Fernández (1993) el mito de la maternidad se estructura a partir de distintos recursos, el primero de ellos es la ilusión de naturalidad: “*La maternidad se vislumbra como un fenómeno de la naturaleza y no de la cultura, en la medida en que las mujeres cuentan con un aparato reproductor privilegiado, el instinto maternal las guiará a lo largo de toda la crianza de sus hijos*” (Rosenzvit, 2017). El *instinto materno* implica un anclaje en la naturaleza que vuelve el maternar la misión privilegiada capaz de suplantar cualquier otra iniciativa. El instinto refiere a un conocimiento heredado característico de la especie. Si es parte de la biología, no puede ser puesto en duda.

Sin embargo, la marca que produce el significante en el cuerpo deshace toda posibilidad de pensar en algo instintivo. Instaurar la dimensión del deseo, implica considerar (también) a las mujeres como sujetos políticos con atravesamientos particulares y deseos que pueden encauzarse por diferentes caminos. Pensarnos como “*hijos del deseo nos enfrenta a la contingencia en la que se inscriben los hechos del orden de lo humano*” (Fernández, 2003, p.171).

A su vez, el mito se nutre de la *ilusión de atemporalidad*; es decir, al plantearse la maternidad como algo que siempre existió de la misma manera, supone que será así sin importar el momento histórico que se transite (Rosenzvit, 2017), lo cual a su vez deshace el contexto histórico que posibilitó la emergencia del mito en primera instancia.

Los autores que argumentan que “*el aborto es siempre un trauma psíquico*” (Leal Herrero, 2009) son quienes sostienen y adscriben a la maternidad como un destino inexorable para la mujer, fundamento de “*su proyecto vital*” y del “*deseo universal de ser madre*”. Tajer y Fernández (2006) discuten con esta posición en tanto consideran que el trauma (y señalan que no siempre ocurre) es resultado del marco de clandestinidad en el que la práctica del aborto se lleva a cabo: “*clandestinidad que actúa como base sobre la cual se construyen las significaciones imaginarias en cada mujer que aborta.*” A su vez, estas significaciones no son las mismas en todas las clases sociales ni en todos los grupos etarios, pero en todos los casos se constituye como una estrategia de fragilización de las mujeres. Esta operaría en algunos casos sobre el cuerpo, cuando las condiciones en que se desarrolla ponen en riesgo la vida de la persona gestante, y sobre la subjetividad, cuando llevarlo adelante genera culpa y miedo. “*No puede permitirse que haya soberanía decisional, el cuerpo femenino es un cuerpo sustraído a la exclusiva ratio médica, sobre todo, si se cruza con el vertedero patriarcal de sancionar la moral femenina*” (Barrancos, 2018, p.375).

Las mujeres que acceden a las técnicas de reproducción quedan ubicadas muchas veces como las que encarnan el anhelo de maternidad, hasta un punto que podríamos llamar sacrificial. En este sentido Alkolombre (2008) ha ubicado las coordenadas subjetivas de las mujeres que movidas por la *pasión de hijo* se someten durante años a tratamientos de reproducción asistida atravesando sucesivos abortos, movidas por el ideal de la mujer madre. “*La pasión es la forma que adquiere el sufrimiento del yo sometido al ideal de la maternidad*” (p.62). En el marco de las técnicas de reproducción asistida, el aborto es una consecuencia temida e indeseable de un embarazo deseado, que refuerza el imaginario de la mujer madre.

¿Por qué la sociedad se esfuerza por sostener estos mitos, incluso cuando de este modo se perpetúan prácticas que violentan, que dañan, que exponen a las mujeres a situaciones de extrema vulnerabilidad? El sistema económico-social se sustenta sobre el cumplimiento de ciertos roles. En este sentido, los mitos son “*productores de invisibles*”: para no enfrentarse a los múltiples sentidos que atentan contra la identidad sobre la que se constituye una sociedad, para salvaguardarla por sobre todo, se universaliza la interpretación del mundo, se niega la diversidad, se marginaliza todo deseo que no corresponda a los cánones que los mitos establecen. La manera de garantizar el sostenimiento del sistema radica en invalidar, en *anular* a quienes no cumplan con los roles asignados: la mujer que no es madre, no es. De esta manera, puede decirse que el mito opera por violencia simbólica, circunscribiendo y recortando los devenires posibles y “*anudándolos al poder*” (Fernández, 1993). Para poder interrumpir un embarazo será necesario, entonces “*inventar una nueva forma de habitar el*

cuerpo y la genealogía, de desajustarse de las convenciones del ideal materno patriarcal” (Rosenberg 2017, p.252).

Comentarios finales

El hecho de hablar de técnicas de reproducción asistida produce un imaginario donde el aborto se suprime y se visibiliza solo el deseo y esfuerzo de las mujeres para lograr tener un hijo. Sin embargo, el aborto es otra cara de las TRHA. Si bien comenzamos marcando la diferencia, en este momento nos detenemos en los puntos de contacto que se eluden en ambos escenarios, como el deseo o no de maternar, la importancia de la decisión informada⁶ y una política pública que respete la subjetividad de la mujer implicada en la práctica médica con un marco normativo consistente en ambos escenarios.

Hay algo que cruza tangencialmente los tres ejes de análisis iniciales 1) el contrapunto con el marco regulatorio, 2) los distintos escenarios del “otro aborto” y 3) los mitos y teorías acerca de la estructuración de la subjetividad de las mujeres. Observamos en ellos un elemento en común: la contradicción, que aparece muchas veces bajo la forma de la negación, de la hipocresía y de la doble moral. Estas contradicciones, no remiten únicamente a dificultades para precisar y definir los conceptos biomédicos, o a la ausencia de decisiones políticas que clarifiquen el escenario del aborto, sino que hay, además, un fuerte componente afectivo que se constituye en un obstáculo epistemológico para pensar con claridad la problemática.

La relación entre el aborto y las tecnologías reproductivas puede ser pensada a partir de las inconsistencias de los textos normativos; en las contradicciones que se presentan en los escenarios que habilitan las tecnologías reproductivas, como la posibilidad de realizar un diagnóstico preimplantatorio y no permitir el descarte del embrión, o de realizar un diagnóstico prenatal y condenar la interrupción del embarazo. Estas tensiones también pueden rastrearse en el paradigma que plantea a la maternidad como un destino inexorable para las mujeres. En este sentido, caer en esencialismos implica negar que existen diferentes experiencias de ser mujer, e incluso termina circunscribiendo el acto de maternar a las mujeres cisgénero. Esta soldadura entre ser madre y ser mujer, cuyo desarrollo hunde sus raíces en la división misma del trabajo (Levy Strauss), en el plano religioso (cristianismo), y psicológico (Freud), se ha naturalizado de tal modo que el mismo lenguaje no cuenta con un término positivo para hablar del deseo de no maternar de la mujer. “*Sólo podemos nombrarlo*

⁶ El consentimiento informado se constituye muchas veces en un mero formalismo, en el que las prácticas sobre el cuerpo de la mujer pasan a ser ubicada como pasos necesarios de la técnica médica y no espacios subjetivos de decisión.

en falta, negativamente, como ausencia de algo que “debería” estar. El discurso mismo crea esta exigencia que se sostiene como naturalizada.” (Ormart, 2019)

La disputa de significaciones, que también se juega en la arena pública, instituye sentidos y puede ser usado como una herramienta para invisibilizar las contradicciones, amalgamar situaciones, negar las diferencias y tratar de imponer dogmas en una sociedad plural.

Referencias

Alkolombre, P. (2008). *Deseo de hijo. Pasión de hijo. Esterilidad y técnicas reproductivas a la luz del psicoanálisis*. Buenos Aires: Letra Viva.

Artavia Murillo y otros (“Fecundación in vitro”) vs. Costa Rica. Resumen oficial emitido por la Corte Interamericana de la sentencia de 28 de noviembre de 2012 (Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas). Disponible en

http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_esp.pdf

Barrancos, D. (2018). La ley abortada: Notas sobre el debate de la interrupción voluntaria del embarazo. *Salud Colectiva*, Vol. 14, Núm. 3, pp. 373-376.

Cattapan, A., & Baylis, F. (2015). *Frozen in perpetuity: ‘abandoned embryos’ in Canada*. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 1(2), 104-112.

Chatel, M. M. (1996). *El malestar en la procreación: las mujeres y la medicina del alumbramiento*. Ediciones Nueva Visión.

Fernández, A. M. (1993) “La bella diferencia”, “Madres en más, mujeres en menos: los mitos sociales de la maternidad” y “La mujer de la ilusión”. En *La Mujer de la Ilusión* (pp. 27-58, 159 – 184 y 239 – 264). Buenos Aires. Argentina: Paidós.

Fernández AM, Tajer D. (2006) "Los Abortos y sus significaciones imaginarias: dispositivos políticos sobre los cuerpos de las mujeres" En *Entre el Derecho y la Necesidad: Realidades y Coyunturas del Aborto*” Checa S (comp.) Edit Paidós, 2006, ISBN 950-12-4537-3

Freud, S. (1932) "33ª. Conferencia. La feminidad". En: *Obras Completas*. Tomo XXII. Buenos Aires, Amorrortu editores, 1979. p.120.

Freud, S (1969) *Cartas a la novia*. Barcelona: Tusquets Editor, 1969. Traducción del inglés de Joaquín Merino Pérez.

Freud, S. (1926) ¿Pueden los legos ejercer el psicoanálisis? En: *Obras Completas*. Tomo XX. Buenos Aires, Amorrortu editores, 1979. p.199.

Foucault, M. (1966) *Les mots et les choses*. Paris: Gallimard, 1966. Traducción: Las palabras y las cosas. Buenos Aires: Siglo XXI, 2002.

- Foucault, M. (1984) *Histoire de la sexualité*. Paris: Gallimard, 1984 Traducción: Historia de la Sexualidad I. La voluntad de saber. Trad. Ulises Guiñazú. España, 2009. Tercera impresión.
- Herrera, M. & Salituri Amezcua, M. (2018) “El derecho de las familias desde y en perspectiva de géneros”. *Revista de derecho*, universidad del norte, 49: 42-75.
- Irigaray, L. (1985) *El cuerpo a cuerpo con la madre*. Cuadernos Inacabados. Lasal Edicions de les Dones, Barcelona.
- Leal Herrero, F. (2009). “Psicopatología del aborto espontáneo y trastornos tras las técnicas de reproducción asistida”. *Cuadernos de Bioética*, XX (3), 393-403.
- Lima, N. S. & Ormart, E. (2018). “Aportes de la psicología a la reflexión sobre los dilemas éticos en embriones criopreservados”. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 10(1), 63-81.
Disponible en: <http://www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com/article/view/322/193>
- Luna, F. (2016). Entre el tabú y el doble estándar: aborto, derechos de las personas LGBT y técnicas de reproducción asistida en Argentina. *Revista de bioética y derecho*, (36), 5-22. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n36/perspectivas.pdf>
- Luna, F. (2001). Reproducción asistida y “sabor local”: contexto y mujer en Latinoamérica”. *Revista Bioética*, 9(2). Disponible en: http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/247/247
- Ormart, E. (2019) El deseo de no maternar. *Ética y cine*. Disponible en: <http://www.eticaycine.org/Roma>
- Perrota, G. (2018) El rol del psicólogo frente a la interrupción legal del embarazo. *Intersecciones Psi. Revista Electrónica de la Facultad de Psicología*. UBA. Año 8 Número 28.
- Provera, D., Peidro, S., La Tessa, M. (2018) Interrupción voluntaria del embarazo. *Intersecciones Psi. Revista Electrónica de la Facultad de Psicología*. UBA. Año 8 Número 28.
- Rosenberg, M. (2017). “La práctica del aborto, sus agentes, sus efectos”. En I. Meler (Comp.), *Psicoanálisis y género. Estudios sobre el amor, el trabajo, la sexualidad y la violencia* (pp. 241-276). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Rosenzvit, J. (2018) Análisis del lugar de las mujeres en las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA) desde una perspectiva de género. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Taboada Lugo, N. (2018). Una aproximación histórico-religiosa, jurídica y bioética al aborto provocado de causa genética. *Acta Médica del Centro / Vol. 12 No. 1*.
- Tarducci, M. (2018). Escenas claves de la lucha por el derecho al aborto en Argentina. *Salud Colectiva*, Vol. 14, Núm. 3, pp. 425-432, doi: 10.18294/sc.2018.2036
- UNESCO (2006). UNESCO Chair in Bioethics, Reproductive Health, Case Studies with Ethical Commentary, pp. 51-52. Cuadernillo de Salud Reproductiva.